

## RABIA URBANA

Código	Diagnóstico / Actividad
W540	Mordedura o ataque de perro
W550	Mordedura o ataque de gato
W530	Mordedura o ataque de roedor
W558	Mordedura o ataque de otros animales urbanos
90375	Inmunoglobulina humana para rabia
90676	Vacuna antirrábica de cultivo celular
U3272	Suspensión de Vacuna antirrábica (rabia urbana)
U603	Rabia en animal

  

Código	Diagnóstico / Actividad
U604	Animal mordedor o Control de animal
U6041	Animal observado
U6021	Vacunación Antirrábica a cualquier animal
U600	Jornada de eliminación de animales
U601	Necropsia de animal mordedor
U6090	Toma de Muestras Serológicas de Animales
U6092	Toma de Muestra Encefálicas de Animales
U244	Tratamiento Focal
U0088	Actividades de Zoonosis

### A. PERSONA MORDIDA POR ANIMAL

En el registro utilizaremos los códigos para indicar:

- |  |      |
|--|------|
| • Mordedura o Ataque de Perro                            | W540 |
| • Mordedura o Ataque de Gato                             | W550 |
| • Mordedura o Ataque de Roedores                         | W530 |
| • Mordedura por Otros Animales Domésticos en zona urbana | W558 |



La administración de tratamiento está asociada al uso de antibióticos por parte de la persona mordida y ésta siempre tiene que estar asociada al Lab "ZOO" para diferenciar el registro por parte de la Estrategia Sanitaria de Zoonosis

En el caso de ataque de dos o más canes el registro de la herida por mordedura va en función de la gravedad de la exposición (mordedura grave/severo).

Entonces el registro se realizará de la siguiente manera:

#### Quando el animal mordedor sea Perro o Gato:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero la morbilidad
- En el 2º casillero la causa externa

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero la clasificación de la severidad
  - LEV = Leve
  - SEV = Severo (GRAVE)
- En el 2º casillero la indicación si el animal es:
  - C = Conocido
  - DS = Desconocido

#### **Registro para persona mordida por perro**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R				
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Herida de la pierna, parte no especificada	P	D	R	LEV	S819		
	89526224								C	C	2. Mordedura o ataque de perro	P	D	R	C	W540
									R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	ZOO	U310



**Registro para persona mordida por gato**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R				
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Herida de la mejilla y de la región temporomandibular	P	D	R	SEV	S014		
	89526224								C	C	2. Mordedura o ataque de gato	P	D	R	DS	W550
									R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	ZOO	U310

**Quando el animal mordedor sea un roedor:**

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero la clasificación de la severidad
  - LEV = Leve
  - SEV = Severo (GRAVE)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R				
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Herida de otras partes del pie	P	D	R	LEV	S913		
	89526224								C	C	2. Mordedura o ataque de roedor	P	D	R		W530
									R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	ZOO	U310

**Quando el animal mordedor sea otro animal doméstico de zona urbana**

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero la clasificación de la severidad
  - LEV = Leve
  - SEV = Severo (GRAVE)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R				
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Heridas múltiples de la pierna	P	D	R	SEV	S817		
	89526224								C	C	2. Mordedura o ataque de otros animales domésticos de zona urbana	P	D	R		W558
									R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	ZOO	U310

**En el caso que la persona mordida sea una gestante:**

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero la clasificación de la severidad
  - LEV = Leve
  - SEV = Severo (GRAVE)
- En el 2º casillero la indicación si el animal es:
  - C = Conocido
  - DS = Desconocido
- En el primer casillero **que este libre para registro**, se considerará "G" si es gestante o "P" si es puérpera.

**Registro para persona mordida por perro**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
23	69755	1	80	Cajamarca	26 A	M	N	N	1. Herida de la pierna, parte no especificada	P	D	R	LEV	S819
	62289524						C	C	2. Mordedura o ataque de perro	P	D	R	C	W540
							R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	ZOO	U310
						M	N	N	1.	P	D	R	G	
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

**Registro para persona mordida por gato**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
23	69755	1	80	Cajamarca	26 A	M	N	N	1. Herida de la mejilla y de la región temporomandibular	P	D	R	SEV	S014
	62289524						C	C	2. Mordedura o Ataque de Gato	P	D	R	C	W550
							R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	ZOO	U310
						M	N	N	1.	P	D	R	G	
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

**En el caso que la persona mordida, por roedores, sea una gestante:**

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero la clasificación de la severidad
  - LEV = Leve
  - SEV = Severo
- En el primer casillero **que este libre para registro**, se considerará "G" si es gestante o "P" si es puerpera.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	1269	1	80	Surquillo	23 A	M	N	N	1. Herida de otras partes del pie	P	D	R	LEV	S913
	49527234						C	C	2. Mordedura o ataque de roedores	P	D	R	G	W530
							R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	ZOO	U310

**En el caso que la persona mordida, por otro animal doméstico de zona urbana, sea una gestante:**

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero la clasificación de la severidad:
  - LEV = Leve
  - SEV = Severo
- En el primer casillero **que este libre para registro**, se considerará "G" si es gestante o "P" si es puerpera.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	12641	1	80	Surquillo	23 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Heridas múltiples del cuello	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SEV	S117
	45279234						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Mordedura o Ataque de otros Animales Urbanos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	G	W558
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ZOO	U310

## B. VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA

La vacuna a aplicar es:

- Vacuna Antirrábica de Cultivo Celular 90676

Los periodos de la vacunación corresponden a dos etapas:

- Pre-exposición **PRE**
- Post-exposición **POST**

### VACUNACIÓN PRE – EXPOSICIÓN

En esta etapa, para la vacunación cultivo celular solo se aplica 3 dosis y el registro se realiza de la siguiente manera:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tipo de Vacuna Antirrábica Humana
- En el 2º casillero Consejería Integral

En el ítem Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2, 3 o "DA" para dosis de refuerzo según corresponda.
- En el 2º casillero "PRE" para indicar PRE-EXPOSICIÓN

### **Registro para vacunación pre-exposición regular**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	56975	1	80	Iquitos	17 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	85269224						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRE	99401
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

### **Registro para vacunación pre-exposición de refuerzo**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	56975	1	80	Iquitos	17 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90676
	85269224						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRE	99401
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

**En el caso que la persona vacunada sea una gestante**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero libre “G” para indicar gestante o “P” si es puérpera.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	31269	1	80	Surquillo	23 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	52749234						C	C	2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRE	99401
							R	R	3.	P	D	R	G	

**Vacuna antirrábica cultivo celular**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2, 3 según corresponda
- En el 2º casillero “PRE” para indicar PRE-EXPOSICIÓN
- En el 3º casillero “RSM” (Riesgo Sanitario Mínimo) para indicar que el vacunado pertenece a una población con exposición mínima (población itinerante, transeúnte, etc.)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	97565	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	89526224						C	C	2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRE	99401
							R	R	3.	P	D	R	RSM	

**Los casos de PRE – EXPOSICIÓN que se den en poblaciones de manera temporal se diferenciará mediante el registro de población con menor riesgo de exposición (exposición temporal).**

**Vacuna antirrábica cultivo celular**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2, 3 según corresponda
- En el 2º casillero “PRE” para indicar PRE-EXPOSICIÓN
- En el 3º casillero “RSA” (Riesgo Sanitario Alto) para indicar que el vacunado pertenece a una población con exposición permanente (asistenciales, personal que trabaja en laboratorio antirrábico, etc.)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	97565	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	89526224						C	C	2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRE	99401
							R	R	3.	P	D	R	RSA	

**Los casos de PRE – EXPOSICIÓN que se den en poblaciones de manera permanente se diferenciará el registro de población con alto riesgo de exposición (exposición permanente).**

**VACUNACION POST – EXPOSICIÓN**

En esta etapa, para la vacunación cultivo celular solo se aplica 5 dosis el registro se realiza de la siguiente manera:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tipo de Vacuna Antirrábica Humana
- En el 2º casillero, de ser el caso, la aplicación de inmunoglobulina, sino el registro de Consejería Integral.

En el ítem Tipo de diagnóstico marque siempre "D"



En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2, 3, 4, 5 o “DA” para dosis de refuerzo según corresponda
- En el 2º casillero “POS” para indicar **POST-EXPOSICIÓN**

**Con la Aplicación de Inmunoglobulina:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	R			
13	97565	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	89526224								2. Inmunoglobulina Humana para Rabia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	POS	90375
									3. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99401

**Sin la Aplicación de Inmunoglobulina:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	R			
13	85422	1	80	Cusco	16 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica de Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	95262824								2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	POS	99401
									3.	P	D	R		

**Para Dosis de Refuerzo:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	R			
13	85422	1	80	Cusco	16 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica de Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	DA	90676
	95262824								2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	POS	99401
									3.	P	D	R		

**En el caso que la persona vacunada sea una gestante**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero libre “G” para indicar gestante o “P” si es puerpera.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	R			
13	1269	1	80	Surquillo	23 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	49527234								2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	POS	99401
									3.	P	D	R	G	

**CUANDO SE APLICA LA VACUNACIÓN A UN CONTACTO**

**Definición Operacional.**- Contacto es la persona o animal cuya piel con solución de continuidad o mucosas ha estado en contacto con la saliva de un animal o persona infectada con rabia, lo que conlleva a un riesgo de transmisión.

En el ítem Lab: En el 3º casillero anote “CE” de contacto.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	R			
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	89526224								2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	POS	99401
									3.	P	D	R	CE	

**CUANDO SE INICIA TRATAMIENTO POR CAUSA DE ANIMAL OBSERVADO SOSPECHOSO DE RABIA O MUERTO POR OTRAS CAUSAS.**

En el ítem Lab anote:

- En el 3º casillero el tipo de animal observado sólo
  - **SR**= Sospechoso de Rabia
  - **MOC**= Muerto por otras causas

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	D	R	1	90676
	95286224					C	C	2. Consejería Integral	P	D	R	POS	99401	
						R	R	3.	P	D	R	SR		

**EN EL CASO QUE EL PACIENTE NO SE HAYA VACUNADO CON UNA ANTITETANICA**

**Vacuna Diftotetánica**

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero Vacuna Antirrábica Cultivo Celular
- En el 2º casillero Vacunación Diftotetánica (dT)
- En el 3º casillero Consejería Integral

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero número de dosis 1, 2, 3, 4, 5 o "DA" para dosis de refuerzo según corresponda
- En el 2º casillero el número de dosis 1, 2 ó 3 según corresponda
- En el 3º casillero "POS" para indicar **POST-EXPOSICIÓN**
- En el 4º casillero "ZOO" para identificar el uso de la vacuna por parte de la Estrategia Sanitaria de Zoonosis

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
23	69755	1	80	Cajamarca	26 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	D	R	1	90676
	62289524					C	C	2. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	D	R	1	Z2781	
						R	R	3. Consejería Integral	P	D	R	POS	99401	
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	M	N	N	1.	P	D	R	ZOO	
						C	C	2.	P	D	R			
						R	R	3.	P	D	R			

**SUSPENSIÓN DE VACUNA ANTIRRÁBICA HUMANA.**- Es por indicación médica de acuerdo a condición del animal agresor. El registro de la suspensión se da solo en casos de accidentes de mordedura por perros o gatos.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero Suspensión de Vacunación Antirrábica

En el ítem Tipo de diagnóstico marque siempre "D".

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Suspensión de Vacuna de Rabia Urbana	P	D	R		U3272
	89526224					C	C	2.	P	D	R			
						R	R	3.	P	D	R			

**REFERIDO CONFIRMADO**

**Definición Operacional.**- Paciente que es referido a otro establecimiento para continuar su tratamiento y que ha sido confirmado por el establecimiento que lo ha recepcionado.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote

- En el 1º casillero el tipo de vacuna administrada

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "D" en ambas

En el ítem Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2, 3, 4, 5 según corresponda.
- En el 2º casillero "DVR" para indicar Transferencia Realizada. **[USADA POR EL EESS QUE TRANSFIERE AL PACIENTE]**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D			
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	89526224								2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>DVR</b>	99401
									3.	P	D	R		

**RECIBIDO CONTROLADO Y CONFIRMADO**

**Definición Operacional.**- Paciente que luego de ser referido, tiene la confirmación de continuación de tratamiento por parte del EESS recepcionante por vía telefónica, fax u otros

El establecimiento que lo recibe para continuar con el tratamiento, anota:

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 2, 3, 4, 5 según corresponda.
- En el 2º casillero "DVC" para indicar Transferencia controlada. **[USADA POR EL EESS QUE RECEPCIONA AL PACIENTE]**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D			
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90676
	89526224								2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>DVC</b>	99401
									3.	P	D	R		

**CONTRAREFERENCIA**

**Definición Operacional.**- Paciente que habiendo sido referido del primer nivel de atención para una atención especializada es devuelto a su establecimiento de origen para continuación de tratamiento antirrábico

El establecimiento que lo recibe para continuar con el tratamiento, anota:

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 2, 3, 4, 5 según corresponda.
- En el 2º casillero "CR" para indicar la contrareferencia. **[USADA POR EL EESS QUE CONTRAREFIERE AL PACIENTE]**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D			
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90676
	89526224								2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>CR</b>	99401
									3.	P	D	R		

### C. ACTIVIDADES EN ANIMALES (EL REGISTRO ES INDIVIDUAL)

En el ítem Ficha Familiar o Historia Clínica anote la sigla de acuerdo al tipo de animal:

- Canina AAA04
- Felina AAA09
- Otros animales domésticos AAA91

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud, anote el diagnóstico y/o actividad

En el ítem Tipo de Diagnóstico marcar "D"

#### Animal Observado

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de visita de animal observado 1, 2, o 3 según corresponda
- En el 2º casillero según corresponda:
  - **AS** = aparentemente sano;
  - **SR** = sospechoso de rabia;
  - **MOC** = muerto por otras causas; según evaluación.

**El campo 2º campo Lab no debe quedar en blanco**

#### PRIMERA VISITA (EN EL MISMO DIA DEL ACCIDENTE DE MORDEDURA)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Animal observado	P	<del>D</del>	R	1	U6041
										P	D	R	AS	
										P	D	R		

**Si se llegase a identificar al animal mordedor como sospechoso de rabia (SR) o muerto por otras causas (MOC) en cualquiera de las 3 visitas, la persona mordida inicia tratamiento antirrábico o continúa con el mismo. Si fuese el caso, también se registrará al can muerto en observación (Necropsia de animal mordedor).**

#### SEGUNDA VISITA (ES AL QUINTO DIA DEL ACCIDENTE DE MORDEDURA)

- Segunda visita según condición de salud del animal aparentemente sano.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Animal observado	P	<del>D</del>	R	2	U6041
										P	<del>D</del>	R	AS	
										P	D	R		

- Con inicio de tratamiento a la persona (por cambio de conducta del animal o muerte por causa desconocida, SR o MOC). En este ejemplo ocurre la muerte del can en observación.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Animal observado	P	<del>D</del>	R	2	U6041
									2. Necropsia de animal mordedor	P	<del>D</del>	R	SR	U601
										P	D	R		



**TERCERA VISITA (ES AL DECIMO DIA DEL ACCIDENTE DE MORDEDURA)**

- **Alta del paciente de no observar cambios en la conducta del animal mordedor. Considere en el campo Lab Paciente de Alta (PA).**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Animal observado	P	<del>D</del>	R	3	U6041
									2.	P	<del>D</del>	R	PA	
									3.	P	D	R		

- **Inicio de tratamiento a la persona (por cambio de conducta del animal o muerte por causa desconocida, SR o MOC) o continuación de tratamiento.**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Animal observado	P	<del>D</del>	R	3	U6041
									2.	P	D	R	SR	
									3.	P	D	R		

**Vacunación Antirrábica en Animales.**

El ítem Lab anote: el número de animales vacunados 10, 20... según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Vacunación antirrábica animal	P	<del>D</del>	R	65	U6021
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**Eliminación de Animales**

El ítem Lab anote: el número de animales eliminados 1, 2, 3... según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Eliminación de animales	P	<del>D</del>	R	4	U600
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**Muestras Encefálicas Remitidas**

El ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número total de muestras 1, 2... según corresponda.
- En el 2º casillero MR de muestras remitidas

**Para can muerto en observación:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Muestra encefálica de animales	P	<del>D</del>	R	2	U6092
									2. Animal observado	P	D	<del>R</del>	MR	U6041
									3.	P	D	R		



**Para can por vigilancia:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Muestra encefálica de animales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U6092
									2.	P	D	R	MR	
									3.	P	D	R		

**Para otras especies:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA91			San Martín de Porres		M	N	N	1. Muestra encefálica de animales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U6092
									2.	P	D	R	MR	
									3.	P	D	R		

**Muestras Encefálicas Procesadas**

El ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número total de muestras 1, 2... según corresponda.
- En el 2º casillero “MT” de muestras remitidas

Para el registro de esta actividad se manejan los siguientes conceptos:

- **Vigilancia Activa.-** Determinación de la circulación del virus rábico de animales moribundos o muertos, encontrados en la vía pública.
- **Vigilancia Pasiva.-** Determinación de la circulación del virus rábico de animales mordedores que se encuentran en observación.

**Para canes en vigilancia activa**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Muestra encefálica de animales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U6092
									2.	P	D	R	MT	
									3.	P	D	R		

**Para canes en vigilancia pasiva**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Muestra encefálica de animales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U6092
									2. Animal observado	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	MT	U6041
									3.	P	D	R		

**Para otras especies**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA91			San Martín de Porres		M	N	N	1. Muestra encefálica de animales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U6092
									2.	P	D	R	MT	
									3.	P	D	R		

**Casos de Rabia Animal**

**En Vigilancia Activa:** En el ítem Lab anote el número de animales con rabia 1, 2... según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Rabia en animal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U603
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

**En Vigilancia Pasiva:** En el ítem Lab anote el número de animales con rabia 1, 2... según corresponda y en el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta registre Animal observado con tipo de diagnóstico repetido.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA04			San Martín de Porres		M	N	N	1. Rabia en animal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U603
									2. Animal observado	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		U6041
									3.	P	D	R		

**D. VIGILANCIA Y CONTROL DE FOCOS**

**Definición Operacional:** Es la investigación epidemiológica, la evaluación de las acciones de control con anterioridad a la presentación del caso, la determinación de la extensión focal.

En el ítem Ficha Familiar o Historia Clínica anote el código:

- APP108 Comunidad

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tratamiento focal
- En el 2º casillero actividad de Rabia

En el ítem Tipo de Diagnóstico marque "D" en ambos casos.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º Casillero el tipo de focos:
  - NOT = Notificados
  - IN = Investigados
  - CC = Controlados)
- En el 2º Casillero el número de focos vigilados.

**Focos Notificados**
**Definición Operacional:** Es el foco de rabia identificado, registrado e informado a la autoridad competente

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	<del>D</del>	R		
08	APP108			Piura		M	N	N	1. Tratamiento focal	P	<del>D</del>	R	NOT	U244
										C	<del>D</del>	R	2	U0088
										R	D	R		

**Focos Investigados**
**Definición Operacional:** Es aquel sobre el cual se ha realizado la investigación epidemiológica determinándose su extensión en tiempo y espacio.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	<del>D</del>	R		
08	APP108			Piura		M	N	N	1. Tratamiento focal	P	<del>D</del>	R	IN	U244
										C	<del>D</del>	R	1	U0088
										R	D	R		

**Focos Controlados**
**Definición Operacional:** Es aquel foco notificado e investigado y con diagnóstico de laboratorio positivo y que después de haber sido intervenido NO ha presentado nuevos casos relacionados con el caso índice, en un período de tiempo no mayor de 60 días (período de incubación promedio máximo en la región).

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	<del>D</del>	R		
08	APP108			Piura		M	N	N	1. Tratamiento focal	P	<del>D</del>	R	CC	U244
										C	<del>D</del>	R	2	U0088
										R	D	R		

## RABIA SILVESTRE

Código	Diagnóstico / Actividad
W5591	Mordedura o ataque por murciélago
W559	Mordedura o ataque de otros animales silvestres
W557	Mordedura o ataque de otros animales domésticos (equinos, porcinos, etc.)
90375	Inmunoglobulina humana para rabia
90676	Vacuna antirrábica de cultivo celular
U329	Transferido
U603	Rabia en animal
U6090	Toma de Muestras Serológicas de Animales
U6092	Toma de Muestra Encefálicas de Animales
U244	Tratamiento Focal
U0088	Actividades de Zoonosis

### A. PERSONA MORDIDA POR ANIMAL SILVESTRE

En el registro utilizaremos los códigos para indicar:

- Mordedura o Ataque por Murciélago W5591
- Mordedura por Otros Animales Silvestres W559
- Mordedura por Otros Animales Domésticos en área silvestre (equinos, porcinos, etc.) W557



**La administración de tratamiento está asociada al uso de antibióticos por parte de la persona mordida y ésta siempre tiene que estar asociada al Lab "ZOO" para diferenciar el registro por parte de la Estrategia Sanitaria de Zoonosis**

Entonces el registro se realizará de la siguiente manera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero la morbilidad
- En el 2º casillero la causa externa

#### Cuando el animal mordedor sea Murciélago:

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	R				
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	M	N	1. Heridas Múltiples del Cuello	P	<del>R</del>		S117		
	89526224								C	C	2. Mordedura o Ataque por Murciélago	P	<del>R</del>		W5591
									R	R	3. Administración de tratamiento	P	<del>R</del>	ZOO	U310

#### Cuando el animal mordedor sea Otro Animal Silvestre

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	R				
13	1269	1	80	Iquitos	23 A	M	M	N	1. Herida de la pierna, parte no especificada	P	<del>R</del>		S819		
	49527234								C	C	2. Mordedura por Otros Animales Silvestres	P	<del>R</del>		W559
									R	R	3. Administración de tratamiento	P	<del>R</del>	ZOO	U310

#### Cuando el animal mordedor sea Otro Animal Doméstico en área silvestre

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	R				
13	1269	1	80	Iquitos	23 A	M	M	N	1. Heridas Múltiples de la Pierna	P	<del>R</del>		S817		
	49527234								C	C	2. Mordedura por Otros Animales Domésticos	P	<del>R</del>		W557
									R	R	3. Administración de tratamiento	P	<del>R</del>	ZOO	U310

**En el caso que la persona mordida sea una gestante:**

En el Lab libre para registro, se considerará “G” si es gestante o “P” si es puérpera.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	97565	1	80	Iquitos	27 A	M	N	N	1. Heridas Múltiples del Cuello	P	<del>D</del>	R	G	S117
	89526224								2. Mordedura o Ataque por Murciélago	P	<del>D</del>	R		W5591
									3. Administración de tratamiento	P	<del>D</del>	R	ZOO	U310

**B. VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA**

La vacuna a aplicar es:

- Vacuna Antirrábica de Cultivo Celular 90676

Los periodos de la vacunación corresponden a dos etapas

- Pre-exposición **PRE**
- Post-exposición **POST**

**VACUNACIÓN PRE – EXPOSICIÓN**

En esta etapa, para la vacunación cultivo celular solo se aplica 3 dosis y el registro se realiza de la siguiente manera:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tipo de Vacuna Antirrábica Humana
- En el 2º casillero Consejería Integral

En el ítem Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2, 3 o “DA” para dosis de refuerzo según corresponda.
- En el 2º casillero “PRE” para indicar PRE-EXPOSICIÓN

**Registro para vacunación pre-exposición regular**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	56975	1	80	Iquitos	17 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<del>D</del>	R	1	90676
	85269224								2. Consejería Integral	P	<del>D</del>	R	PRE	99401
									3.	P	D	R		

**Registro para vacunación pre-exposición de refuerzo**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	56975	1	80	Iquitos	17 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<del>D</del>	R	DA	90676
	85269224								2. Consejería Integral	P	<del>D</del>	R	PRE	99401
									3.	P	D	R		

**En el caso que la persona vacunada sea una gestante**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero libre “G” para indicar gestante o “P” si es puérpera.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	31269	1	80	Surquillo	23 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	52749234						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRE	99401
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	G	

**Vacuna antirrábica cultivo celular**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero número de dosis 1, 2, 3 según corresponda
- En el 2º casillero “PRE” para indicar PRE-EXPOSICIÓN
- En el 3º casillero “RSM” (Riesgo Sanitario Mínimo) para indicar que el vacunado pertenece a una población con exposición mínima (población itinerante, transeúnte, etc.)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	97565	1	80	Iquitos	16 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	89526224						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRE	99401
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	RSM	

**Los casos de PRE – EXPOSICIÓN que se den en poblaciones de manera temporal se diferenciará mediante el registro de población con menor riesgo de exposición (exposición temporal).**

**Vacuna antirrábica cultivo celular**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero número de dosis 1, 2, 3 según corresponda
- En el 2º casillero “PRE” para indicar PRE-EXPOSICIÓN
- En el 3º casillero “RSA” (Riesgo Sanitario Alto) para indicar que el vacunado pertenece a una población con exposición permanente (asistenciales, personal que trabaja en laboratorio antirrábico, etc.)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	97565	1	80	Iquitos	16 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	89526224						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRE	99401
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	RSA	

**Los casos de PRE – EXPOSICIÓN que se den en poblaciones de manera permanente se diferenciará el registro de población con alto riesgo de exposición (exposición permanente).**

**VACUNACION POST – EXPOSICIÓN**

En esta etapa, para la vacunación cultivo celular solo se aplica 5 dosis el registro se realiza de la siguiente manera:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tipo de Vacuna Antirrábica Humana
- En el 2º casillero, de ser el caso, la aplicación de inmunoglobulina, sino el registro de Consejería Integral.

En el ítem Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2, 3, 4, 5 o “DA” para dosis de refuerzo según corresponda
- En el 2º casillero “POS” para indicar **POST-EXPOSICIÓN**

**Con la aplicación de Inmunoglobulina:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D			
13	97565	1	80	Iquitos	16 A	M	N	M	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<del>D</del>	R	1	90676
	89526224								2. Inmunoglobulina Humana para Rabia	P	<del>D</del>	R	POS	90375
									3. Consejería Integral	P	<del>D</del>	R		99401

**Sin la aplicación de Inmunoglobulina:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D			
13	85422	1	80	Cusco	16 A	M	N	M	1. Vacuna Antirrábica de Cultivo Celular	P	<del>D</del>	R	1	90676
	95262824								2. Consejería Integral	P	<del>D</del>	R	POS	99401
									3.	P	D	R		

**Para Dosis de Refuerzo:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D			
13	85422	1	80	Cusco	16 A	M	N	M	1. Vacuna Antirrábica de Cultivo Celular	P	<del>D</del>	R	DA	90676
	95262824								2. Consejería Integral	P	<del>D</del>	R	POS	99401
									3.	P	D	R		

**En el caso que la persona vacunada sea una gestante**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero libre “G” para indicar gestante o “P” si es puérpera.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D			
13	1269	1	80	Surquillo	23 A	M	N	M	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<del>D</del>	R	1	90676
	49527234								2. Consejería Integral	P	<del>D</del>	R	POS	99401
									3.	P	D	R	G	

**CUANDO SE APLICA LA VACUNACIÓN A UN CONTACTO**
**Definición Operacional.**- Contacto es la persona o animal cuya piel con solución de continuidad o mucosas ha estado en contacto con la saliva de un animal o persona infectada con rabia, lo que conlleva a un riesgo de transmisión.

En el ítem Lab: en el 3º casillero anote “CE” de contacto.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D			
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	M	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<del>D</del>	R	1	90676
	89526224								2. Consejería Integral	P	<del>D</del>	R	POS	99401
									3.	P	D	R	CE	

**CUANDO SE INICIA TRATAMIENTO POR CAUSA DE ANIMAL OBSERVADO SOSPECHOSO DE RABIA O MUERTO POR OTRAS CAUSAS.**

En el ítem Lab, anote:

- En el 3º casillero el tipo de animal observado sólo
  - **SR**= Sospechoso de rabia o
  - **MOC**= Muerto por otras causas

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	D	R	1	90676
	95286224					C	C	2. Consejería Integral	P	D	R	POS	99401	
						F	R	R	3.	P	D	R	SR	

**EN EL CASO QUE EL PACIENTE NO SE HAYA VACUNADO CON UNA ANTITETANICA**

**Vacuna Diftotetánica**

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero Vacuna Antirrábica Cultivo Celular
- En el 2º casillero Vacunación Diftotetánica (dT)
- En el 3º casillero Consejería Integral

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero número de dosis 1, 2, 3, 4, 5 o "DA" para dosis de refuerzo según corresponda
- En el 2º casillero el número de dosis 1, 2 ó 3 según corresponda
- En el 3º casillero "POS" para indicar **POST-EXPOSICIÓN**
- En el 4º casillero "ZOO" para identificar el uso de la vacuna por parte de la Estrategia Sanitaria de Zoonosis

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
23	69755	1	80	Cajamarca	26 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	D	R	1	90676
	62289524					C	C	2. Vacunación Diftotetánica (dT)	P	D	R	1	Z2781	
						F	R	R	3. Consejería Integral	P	D	R	POS	99401
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	M	N	N	1.	P	D	R	ZOO	
						C	C	2.	P	D	R			
						F	R	R	3.	P	D	R		

**REFERIDO CONFIRMADO**

**Definición Operacional.**- Paciente que es referido a otro establecimiento para continuar su tratamiento y que ha sido confirmado por el establecimiento que lo ha recepcionado.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote

- En el 1º casillero el tipo de vacuna administrada

En el ítem Tipo de diagnóstico marque "D" en ambas

En el ítem Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 1, 2, 3, 4, 5 según corresponda.
- En el 2º casillero "DVR" para indicar Transferencia Realizada. **[USADA POR EL EESS QUE TRANSFIERE AL PACIENTE]**



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									D	R			
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	90676
	89526224								2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>DVR</b>	99401
									3.	P	D	R		

### RECIBIDO CONTROLADO Y CONFIRMADO

**Definición Operacional.**- Paciente que luego de ser referido, tiene la confirmación de continuación de tratamiento por parte del EESS receptorante por vía telefónica, fax u otros)

El establecimiento que lo recibe para continuar con el tratamiento, anota:

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 2, 3, 4, 5 según corresponda.
- En el 2º casillero **"DVC"** para indicar Transferencia controlada. **[USADA POR EL EESS QUE RECEPCIONA AL PACIENTE]**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									D	R			
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90676
	89526224								2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>DVC</b>	99401
									3.	P	D	R		

### CONTRAREFERENCIA

**Definición Operacional.**- Paciente que habiendo sido referido del primer nivel de atención para una atención especializada es devuelto a su establecimiento de origen para continuación de tratamiento antirrábico.

El establecimiento que lo recibe para continuar con el tratamiento, anota:

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de dosis 2, 3, 4, 5 según corresponda.
- En el 2º casillero **"CR"** para indicar la contrareferencia. **[USADA POR EL EESS QUE CONTRAREFIERE AL PACIENTE]**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									D	R			
13	97565	1	80	Iquitos	13A	M	N	N	1. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	90676
	89526224								2. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	<b>CR</b>	99401
									3.	P	D	R		

### C. ACTIVIDADES EN ANIMALES (EL REGISTRO ES INDIVIDUAL)

Registre de la siguiente manera:

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica anote la sigla de acuerdo al tipo de animal

- Murciélagos AAA02
- Bovinos AAA03
- Otros animales (silvestre) AAA92

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud, anote el diagnóstico y/o actividad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marcar "D"

### Muestras Encefálicas Remitidas

El ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de muestras 1, 2... según corresponda.
- En el 2º Casillero **"MR"** de muestras remitidas

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA03			San Martín de Porres		M	N	N	1. Muestra encefálica de animales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U6092
									2.	P	D	R	MR	
									3.	P	D	R		

### Muestras Encefálicas Procesadas

El ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de muestras 1, 2... según corresponda.
- En el 2º Casillero **"MT"** de muestras remitidas

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA03			San Martín de Porres		M	N	N	1. Muestra encefálica de animales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U6092
									2.	P	D	R	MT	
									3.	P	D	R		

### Casos de Rabia Animal

El ítem: Lab anote el número de animales con rabia 1, 2... según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
08	AAA02			San Martín de Porres		M	N	N	1. Rabia en animal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U603
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

## D. VIGILANCIA Y CONTROL DE FOCOS

**Definición Operacional:** Es la investigación epidemiológica, la evaluación de las acciones de control con anterioridad a la presentación del caso, la determinación de la extensión focal.

En el ítem: Ficha Familiar o Historia Clínica anote SIEMPRE el código **APP122 Criaderos**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tratamiento focal
- En el 2º casillero actividad de Rabia

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" en ambos casos.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º Casillero el tipo de focos
  - **NTR** = Notificados
  - **IN** = Investigados
  - **CC** = Controlados
- En el 2º Casillero el número de focos vigilados



**Focos Notificados:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	R			
08	APP122			Piura		M	N	N	1. Tratamiento focal	P	<del>D</del>	R	NTR	U244
									2. Actividades de Zoonosis	P	<del>D</del>	R	2	U0088
									3.	P	D	R		

**Focos Investigados:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	R			
08	APP122			Piura		M	N	N	1. Tratamiento focal	P	<del>D</del>	R	IN	U244
									2. Actividades de Zoonosis	P	<del>D</del>	R	1	U0088
									3.	P	D	R		

**Focos Controlados:**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
08	APP122			Piura		M	N	N	1. Tratamiento focal	P	<del>D</del>	R	CC	U244
									2. Actividades de Zoonosis	P	<del>D</del>	R	2	U0088
									3.	P	D	R		

**RESUMEN DE REGISTRO DE INFORMACION RABIA URBANA / RABIA SILVESTRE**

El registro en la hoja HIS para la persona mordida por animal que es atendida en consulta externa es como sigue:

**Registro del Médico que atiende**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero la morbilidad
- En el 2º casillero la mordedura
- En el 2º casillero el tratamiento

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” solo la primera vez que se diagnóstica, en los controles “R”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º Casillero la severidad de la mordida:
  - **LEV** = Leve
  - **MOD** = Moderada
  - **SEV** = Severa
- En el 2º Casillero la identificación del animal mordedor
  - **C** = Conocido
  - **DS** = Desconocido
- En el 3º Casillero **“ZOO”** para indicar que es tratamiento de Zoonosis

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		Lab	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	R			
13	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	<del>N</del>	<del>N</del>	1. Herida de la pierna, parte no especificada	P	<del>D</del>	R	LEV	S819
									2. Mordedura o ataque de perro	P	<del>D</del>	R	C	W540
									3. Administración de tratamiento	P	<del>D</del>	R	ZOO	U310

### Registro de la Vacunación

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud anote:

- En el 1º casillero la morbilidad
- En el 2º casillero la vacunación
- En el 3º casillero consejería integral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque:

- En el 1º casillero SIEMPRE "R"
- En el 2º y 3º casillero SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º Casillero el número de DOSIS aplicada
- En el 3º Casillero:
  - **PRE** para indicar **PRE-EXPOSICIÓN**
  - **POS** para indicar **POST-EXPOSICIÓN**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
20	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Mordedura o ataque de perro	P	D	R		W540
							C	C	2. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	D	R	1	90676
	89526224							R	R	4. Consejería Integral	P	D	R	POS



En el registro para la aplicación de vacuna antirrábica, se diferenciarán los casos de Rabia Urbana y Silvestre por el tipo de mordedura que ya ha sido definida previamente. En el ejemplo vemos que el registro es para la 1º dosis, donde se diferencia claramente la mordedura, y para no generar sobre registro este será con tipo de diagnóstico "R".

Así tenemos:

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			Lab	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO IDENTIDAD									P	D	R		
20	97565	1	80	Iquitos	13 A	M	N	N	1. Mordedura o ataque de perro	P	D	R		W540
							C	C	2. Vacuna Antirrábica Cultivo Celular	P	D	R	2	90676
	89526224							R	R	3. Consejería Integral	P	D	R	POS

Para la 2º dosis y las siguientes se tiene que recalcar el tipo de mordedura causante del tratamiento antirrábico, para poder diferenciar los tratamientos antirrábicos causados por animales urbanos o silvestres y no perder ese dato.

